Travail de l'Institut pathologique de Lausanne

Quelques cas rares

DE

CARCINOMES

THÈSE DE DOCTORAT

PRÉSENTÉE A LA

Faculté de Médecine de l'Université de Lausanne

PAR

Georges REUTTER

MÉDECIN DIPLOMÉ

ANCIEN INTERNE DE LA CLINIQUE MÉDICALE DE LAUSANNE

ET ANCIEN ASSISTANT DE L'HOPITAL DE L'ILE A BERNE

LAUSANNE

IMPRIMERIE CONSTANT PACHE-VARIDEL

5, Escaliers-du-Marché, 5

1901

Travail de l'Institut pathologique de Lausanne

Quelques cas rares

DE

CARCINOMES

THÈSE DE DOCTORAT

PRÉSENTÉE A LA

Faculté de Médecine de l'Université de Lausanne

PAR

Georges REUTTER

MÉDECIN DIPLOMÉ

ANCIEN INTERNE DE LA CLINIQUE MÉDICALE DE LAUSANNE

ET ANCIEN ASSISTANT DE L'HOPITAL DE L'ILE A BERNE

LAUSANNE

IMPRIMERIE CONSTANT PACHE-VARIDEL

5, Escaliers-du-Marché, 5

1901

La Faculté de Médecine de l'Université de Lausanne, sans se prononcer sur les opinions du Candidat et en suite des rapports favorables de MM. les Professeurs Stilling et Rapin autorise l'impression de la Thèse intitulée : **Quelques cas rares de carcinomes,** *présentée par M.* **Georges Reutter,** *de Neuchâtel, pour l'obtention du* **grade de docteur en médecine.**

Lausanne, le 26 mai 1901.

Le Doyen :
Dr RAPIN.

Quelques cas rares

DE

CARCINOMES

I

Carcinome développé dans un athérome du cuir chevelu.

La transformation d'un athérome en carcinome est selon les auteurs des manuels de chirurgie ou de pathologie un fait assez fréquent. Mais lorsqu'on recherche des cas de ce genre dans la littérature, on est surpris de leur rareté. Un auteur qui s'est particulièrement occupé de cette question, Franke, [1] n'en trouve en tout que dix-huit. Depuis la publication de son travail, quelques nouvelles observations ont paru, [2] mais en somme le nombre des carcinomes de cette origine est encore très restreint, d'autant plus que parmi les cas cités certains auteurs semblent, d'après

[1] Franke-Ueber das Atherom... in Langenbeck's Archiv. für Klin Chirurgie. Vol. 34. 1886,

[2] Franke-Virchow's Archiv. Vol. 121, p. 444. Epidermoïde de la paume de la main, atteint de dégénérescence carcinomateuse. 1890.

Riedel. Deutsche Zeitsch. f. Chir. Vol. XV.

Bolidt. Thèse de Berlin 1899. Beitrag zur Lehre von der Entstelhung des Plattenepithelkrebses auf dem Boden des Atheroms.

Franke, avoir été trompés par des athéromes simplement ulcérés qu'ils auraient pris pour des cancroïdes.

Le cas suivant, opéré à la clinique chirurgicale de l'hôpital de Lausanne par M. le professeur Roux et mis obligeamment à notre disposition par M. le professeur Stilling, mérite donc d'être publié.

Résumé de l'histoire de la maladie.
(Service de chirurgie du professeur Dr Roux).
Opération du 10 mars 1899.

Ch., 61 ans. — Depuis de nombreuses années la malade porte au cuir chevelu deux athéromes, situés l'un au vertex, l'autre sur le pariétal gauche. Ce deuxième athérome, stationnaire depuis longtemps, a commencé à grossir dans le courant de l'été 1898. L'accroissement s'est fait assez rapidement et la peau a pris bientôt une coloration rouge. Au commencement de janvier 1899 la malade s'est faite à deux reprises de légères éraflures à la partie antérieure de la tumeur, qui s'est recouverte d'une croûte à l'endroit blessé. Cette croûte s'est agrandie, puis a fait place à des bourgeons qui ont envahi peu à peu toute la partie inférieure de la tumeur.

L'état général n'a pas souffert. Pas de douleurs locales ni irradiées.

Status local. — Au côté gauche de la tête, au niveau du pariétal, on voit une tumeur de forme ovoïde, ayant des bosselures latérales irrégulières comme si elle était formée par l'agglomération de plusieurs tumeurs. Elle est allongée dans le sens antéropostérieur, la moitié postérieure est largement implantée sur les parties sous-jacentes, le pôle antérieur un peu pédiculé surplombe au-dessus de l'oreille. — La peau recouvrant la tumeur est glabre, lisse, légèrement rouge dans les $^2/_3$ postérieurs ; le $^1/_3$ antérieur

a une surface granulée, bourgeonnante, qui saigne facilement. La tumeur a une consistance élastique et ferme en arrière, plus dure et friable dans la partie antérieure.

Opération le 10 mars 1899. Pas d'adhérences au périoste.

Examen macroscopique.

La pièce extirpée est un fragment de la peau du crâne, contenant une tumeur dont les dimensions sont : longueur 7 ½ cm., largeur maximale 5 cm., hauteur 2,7 cm.



Figure 1

La tumeur, de forme ovoïde, est divisée par deux sillons peu profonds en segments, dont les deux premiers sont recouverts par la peau d'apparence normale, les poils diminuant progressivement en nombre vers le sommet.

On sent une petite cavité sur le côté gauche du segment moyen.

Le segment antérieur, très dur, ne repose pas sur le crâne comme les deux précédents, mais semble sortir du segment moyen. La peau, très amincie, laisse par places à nu le tissu néoformé, de couleur blanchâtre.

Sur une coupe médiane longitudinale (v. fig. 1), le segment postérieur se présente comme un kyste complète-

ment fermé (fig. 1, a) mesurant 15 mm. de haut sur 11 mm. de large, rempli par une masse jaunâtre formant des couches concentriques qui se désagrègent vers le centre en petits fragments entremêlés de spicules calcifiés ; des dépôts calcaires se trouvent aussi dans la paroi du kyste.

Accolé à ce kyste se trouve un deuxième athérome (b) mesurant 8 mm. sur 10 mm., il présente des parois identiques, mais interrompues au pôle supérieur ; en cet endroit le tissu jaunâtre, dense de l'athérome paraît entrer en connexions assez intimes avec le tissu constituant la partie antérieure de la tumeur (c).

Celle-ci forme une masse de 5 cm. de long, haute de 2 ½ cm., se distinguant nettement des deux kystes par sa coloration blanchâtre et son aspect tourmenté. De la périphérie pénètrent de nombreux faisceaux conjonctifs grisâtres ou jaunâtres ; ils se ramifiaient en tous sens, et forment des travées, blanches et opaques. Le tout rappelle vaguement la coupe d'une glande.

Examen microscopique.

L'extrémité antérieure de la tumeur a l'aspect d'un carcinome à épithélium pavimenteux.

Les alvéoles sont assez petites, serrées ; sur leurs bords, les cellules sont petites, à noyaux foncés, vers le centre ces éléments deviennent plus grands, plus clairs, ils ont parfois deux ou trois noyaux pâles, et ils subissent en grand nombre la transformation cornée.

Les parties moyennes du néoplasme offrent un aspect très différent ; les alvéoles s'agrandissent, disparaissent progressivement. On ne voit plus que des bandes épidermiques d'une épaisseur assez uniforme, contournées de toutes façons et formant de nombreux méandres. Un côté

de ces bandes épithéliales repose sur le stroma et se compose de quelques rangées de petites cellules à noyaux très foncés ; dans les couches suivantes les éléments s'agrandissent ; les noyaux, plus gros, sont pâles, et les cellules subissent l'évolution cornée. Il y a de nombreux globes épidermiques, et dans l'intérieur de ces méandres se trouvent des masses désagrégées, parsemées de grains calcaires.

La limite postérieure du néoplasme est marquée par une de ces bandes épithéliales, formant un contour assez régulier et reposant sur une couche continue de tissu conjonctif qui n'est autre que l'enveloppe fibreuse entourant le kyste voisin. Ce tissu conjonctif envoie par places vers la tumeur des prolongements qui repoussent en certains points le revêtement épithélial.

Le stroma de la tumeur est peu abondant, lâche, avec de rares cellules à noyau fusiforme, et des leucocytes. Il contient en outre de nombreuses masses hyalines, homogènes, colorées uniformément en rouge par la fuchsine. Dans les parties postérieures, beaucoup de granulations calcifiées.

La peau qui recouvre le néoplasme s'amincit en avant et arrive à faire défaut par places. En plusieurs points les couches profondes sont en contact intime avec des alvéoles du carcinome, dont les cellules se distinguent par leur irrégularité, leur taille plus grande, leur coloration plus jaunâtre, leurs noyaux plus pâles et par la présence de cellules cornées ou de petits globes épidermiques. Ailleurs le derme est sillonné de trainées de cellules épithéliales et infiltré de leucocytes formant même de petits foyers de cellules rondes.

Le tiers postérieur de la tumeur est composé de deux athéromes, séparés de la peau normale qui les recouvre par une couche de tissu connectif d'une épaisseur d'un

millimètre, contenant des follicules pileux et des glandes sébacées et sudoripares normales.

Chaque kyste est entouré de plusieurs couches de tissu fibreux très dense, formant une véritable coque dans laquelle se trouvent de rares noyaux fusiformes, de petits vaisseaux et par place quelques leucocytes. Dans la partie où les deux athéromes sont accolés se trouvent des dépôts calcaires fortement colorés par l'hémalun.

L'intérieur de cette enveloppe est tapissé d'un épithélium très régulier, dont les différentes couches sont pareilles à celles de l'épiderme. Les cellules basales, correspondant à la couche de Malpighi, sont cubiques, un peu aplaties par la pression du contenu du kyste, et forment une ou deux rangées, à gros noyaux fortement colorés. Puis viennent plusieurs rangs de cellules plus riches en protoplasma, à noyaux plus grands et moins colorés. Quelques-unes sont devenues très grosses, ovalaires, le noyau a disparu, et le contenu a dégénéré en une masse uniforme finement granuleuse, avec de nombreuses vacuoles sur les bords. Dans la couche profonde se trouvent quelques cellules cornées et de petits globes épidermiques.

Plus loin les cellules s'aplatissent ; il se forme par places un véritable stratum granulosum, avec grains d'éléidine dans le protoplasma ; les noyaux deviennent peu nets. La couche suivante correspond au stratum lucidum, les noyaux disparaissent et l'on arrive aux couches cornées, se colorant en rouge-orange vif par la liqueur de van Gieson, et formant une masse épaisse à striations concentriques remplissant le kyste et se dégageant vers son centre.

Entre ces couches amorphes se trouvent des dépôts calcaires, par places assez considérables, colorés en violet intense par l'hémalun.

Les couches périphériques ne sont cependant pas absolument régulières ; en deux ou trois endroits, aussi bien

a la base qu'au sommet, des bourgeons épithéliaux repoussent devant eux les couches connectives qui forment entre ces bourgeons des proéminences rappelant les papilles de la peau.

La structure de ces kystes rappelle donc la structure d'un épidermoïde. —

Chacun connaît les recherches de Franke,[1] Chiari,[2] Torœk,[3] etc., à ce sujet. Ces auteurs ont démontré qu'on doit distinguer les athéromes en deux groupes.

1. Kystes de rétention des glandes sébacées.

2. Kystes épithéliaux d'origine embryonnaire, comprenant les dermoïdes et les épidermoïdes.

Chiari surtout insiste sur leurs caractères distinctifs. Pour lui le critérium principal est la structure microscopique de la paroi.

Le kyste de rétention n'a que 2 ou 3 couches, souvent une seule, de cellules épithéliales, où l'on trouve rarement quelques grains de kératohyaline ; — presque toujours il y a des restes de follicules pileux, de leurs annexes et du canal excréteur.

L'épidermoïde par contre a un revêtement épithélial formé de plusieurs couches semblables à celles de l'épiderme, et il y a souvent des papilles assez pareilles à celles de la peau.

Ce que nous avons dit de la structure de nos deux athéromes nous permet donc d'affirmer que nous avons à faire à deux épidermoïdes.

Mais un certain nombre de coupes passant un peu latéralement nous font voir une modification intéressante de leurs parois.

---

[1] Franke. Ouvrage cité.

[2] Chiari. Genese der Atheromcysten. Zeitsch. f. Heilk. vol. 12. 1891.

[3] Torök-Ueber die Entstehung der Atheromcysten, Monatshefte für prakt. Dermatologie. Hamburg, vol. 12, page 437. 1891.

Vers le pôle supérieur de la loupe postérieure la couche épithéliale s'amincit et se termine assez brusquement, on n'en retrouve plus loin que quelques cellules isolées. Cette interruption atteint au maximum 1 ½ cm. de longueur ; la paroi du kyste n'est plus formée que par la coque fibreuse qui s'épanouit en fuseau tout en conservant des limites nettes avec les tissus voisins.

En dedans sont les couches stratifiées amorphes remplissant l'épidermoïde ; en dehors le derme normal.

Entre les mailles conjonctives de cet élargissement allongé de la coupe, outre quelques petits vaisseaux, on voit de nombreux spicules calcifiés. Ces spicules sont entourés d'une grande quantité de cellules géantes, atteignant jusqu'à 120 μ. de diamètre, ayant à leur centre parfois 40 ou 50 petits noyaux foncés, et dont le protoplama granuleux prend une faible coloration jaunâtre

Il y aussi de nombreuses cellules polymorphes, assez grandes, se colorant à peine ; elles ont des contours peu marqués et de très petits noyaux ronds. Ces éléments rappellent beaucoup les cellules épithélioïdes des tubercules.

Au sommet de la 2me loupe nous trouvons la même irrégularité, mais beaucoup plus accentuée et transformée en partie par l'approche de quelques groupes de cellules carcinomateuses. La couche épithéliale aussi est incomplète, l'enveloppe fibreuse s'élargit, mais elle est interrompue, bouleversée, les cellules épithélioïdes et géantes envahissent toute la partie supérieure de l'épidermoïde, et pénètrent dans les masses centrales en voie de dégénérescence.

Des faits analogues concernant l'interruption de la couche épithéliale de la paroi d'athéromes ont été mentionnés par König et Boldt.

F. König[1] trouve dans une série d'athéromes une partie où le revêtement épithélial fait défaut et où sont rassemblés de nombreux leucocytes, des cellules conjonctives de formes variées à gros noyaux, et des cellules géantes analogues aux myéloplaxes.

Boldt[2] étudiant un cas de dégénérescence carcinomateuse d'un athérome cite ce travail de König et croit pouvoir faire remonter la transformation maligne à une inflammation produite par la pression du contenu du kyste sur le tissu conjonctif, laissé à découvert par l'interruption du revêtement épithélial.

L'absence de l'épithelium au sommet des deux épidermoïdes décrits peut remonter à la formation de ces kystes ; cet endroit serait celui où s'est effectuée la séparation d'avec l'épiderme. Ce qui confirmerait notre point de vue, c'est qu'il se trouve toujours au pôle supérieur, dans la partie la plus proche de la peau. La formation de cellules géantes et de cellules épithélioïdes s'explique par la calcification de la paroi, les spicules agissant sur le tissu voisin comme des corps étrangers.

Nous avions déjà remarqué dans la description du carcinome qu'il se terminait en arrière par une couche relativement régulière de cellules épithéliales formant un demi-cercle adossé à des faisceaux conjonctifs serrés, rappelant beaucoup l'enveloppe fibreuse des deux kystes. Les cellules des couches intérieures s'aplatissent, et dans le protoplasma de la rangée la plus interne on trouve de très nombreux grains d'éléïdine ; c'est un véritable « stratum granulosum » auquel font suite des couches cornées stratifiées et des masses dégénérées.

---

1 F. König-Beitrag zur Anatomie der Dermoïd-und Atheromeysten der Haut, in Arbeiten aus der Chir. Klinik der Universit. Berlin. 1895.

2 Karl Boldt-Beitrag zur Lehre von der Entstehung des Plattenepithelkrebses auf dem Boden des Atheroms. Thèse de Berlin 1899.

Toute cette partie a une analogie frappante avec le revêtement des deux épidermoïdes.

En outre cette couche épithéliale s'interrompt et nous retrouvons une zone très semblable à celles qui existent au sommet des deux athéromes. De nouveau les cellules épithélioïdes et géantes pullulent autour de granulations calcaires et sont mélangées à des masses amorphes striées, peu colorées, pareilles à celles qui remplissent le centre des deux épidermoïdes ; mais ici cette zone est limitée de plusieurs côtés par les alvéoles carcinomateuses.

Cette zone spéciale tout à fait semblable aux parties analogues des deux loupes nous paraît démontrer que la tumeur cancéreuse s'est développée dans un troisième épidermoïde dont persistent encore des traces caractéristiques.

En résumé :

1° La partie postérieure de la tumeur est formée de deux épidermoïdes.

2° La partie antérieure est un carcinome pavimenteux.

3° Ce carcinome s'est trés probablement développé dans un troisième épidermoïde, ainsi que l'indiquent ses caractères spéciaux : la régularité de ses limites vis-à-vis du deuxième kyste, la présence par places d'un vrai stratum granulosum et en particulier :

4° L'existence d'une zône toute spéciale, proche voisine de zônes semblables situées au pôle supérieur des épidermoïdes et caractérisées par des cellules géantes et épithélioïdes.

5° L'examen anatomique complète et confirme donc l'examen clinique, et nous croyons être en droit d'admettre ici un nouveau cas rare de transformation d' « épidermoïde » en carcinome.

II

Deux observations de carcinomes primaires multiples.

Dans ces dernières années, la publication d'un certain nombre d'observations de carcinomes primaires multiples peut faire supposer qu'il y a des individus dont les différents organes ont une prédisposition très marquée au développement de cancers. Ces cas, de date récente pour la plupart, sont encore assez peu nombreux pour qu'il soit utile de faire connaître de nouveaux faits analogues.

Parmi les travaux récents les plus complets sur ce sujet, nous citerons ceux de Mercanton[1], de Bucher[2], de Walter[3], dans lesquels on trouve rassemblées la plupart des observations décrites.

Grâce à l'obligeance du professeur Stilling, nous avons pu étudier les deux cas suivants, nettement caractérisés par la différence de structure des foyers.

A. Cancer double de l'œsophage et de l'estomac

Résumé de l'histoire du malade (Clinique chirurgicale du Prof. Roux). — Ch... Louis, 68 ans, a joui habituellement d'une bonne santé, sauf quelques troubles digestifs. Dans les premiers jours d'avril 1898, il commença à avoir des vomissements ; les aliments solides sont difficilement avalés et de moins en moins supportés. Amaigris-

---

[1] Mercanton. Des carcinomes primaires multiples. Revue médicale de la Suisse romande, 1893. (Roux).

[2] Bucher. Beitrage zur Lehre vom Carcinome. Thèse inaug. Zurich, 1893. (Hanau).

[3] Walter. Ueber das multiple Auftreten primärer, bösartiger Neoplasmen. Thèse de Berlin, 1896.

sement et affaiblissement marqués ; jamais d'hématémèse. Le sondage de l'œsophage se fait assez facilement. Mort assez rapide le 27 mai 1898, une semaine après l'entrée à l'hôpital.

Extrait du protocole de l'autopsie, faite par le prof. Stilling :

Foyers de pneumonie dans le lobe inférieur du poumon droit. A 10 centimètres au-dessus du cardia, une tumeur a envahi la circonférence de l'œsophage, formant un anneau irrégulier dont la largeur varie de 15 à 36 millimètres. A l'endroit le plus large, le néoplasme proémine dans le conduit, son rebord supérieur faisant une forte saillie dans la lumière de l'œsophage. La surface en est ulcérée, sillonnée de nombreuses petites fissures qui lui donnant un aspect irrégulier. Consistance ferme.

A la coupe on ne reconnaît plus les couches normales de l'œsophage, auxquelles le néoplasme s'est substitué ; son épaisseur atteint 10 mm., alors que l'épaisseur des parois n'est que de 2 à 3 mm. dans les parties saines avoisinantes.

Dans la région pylorique, une seconde tumeur occupe les deux tiers du pylore ; sur une longueur de 7 ½ cm. et une largeur maximale de 6 ½ cm., la paroi stomacale est très épaissie et ulcérée. Limites de la tumeur très nettes ; les trois quarts de sa circonférence marqués par un bourrelet épais. Le néoplasme, qui atteint 17 mm. d'épaisseur, envoie un prolongement faisant saillie dans la lumière du duodénum.

Examen microscopique

Le rétrécissement de *l'œsophage* est produit par un carcinome typique à épithélium pavimenteux. Des travées irrégulières, souvent mal délimitées, forment de longues traînées ou des alvéoles, rappelant un peu l'aspect d'une

glande. Les cellules épithéliales, serrées par places en amas considérables, sont petites, mesurant de 10 à 20 μ, de forme irrégulière, avec peu de protoplasma et de gros noyaux polymorphes.

Le stroma est très irrégulièrement réparti ; peu abondant par places, on voit ailleurs de larges faisceaux à nombreux noyaux fusiformes, avec infiltration lencocytaire très inégale, très forte en certains points, surtout dans la profondeur, où la tumeur pénètre entre les couches musculaires, qui forment seules le stroma. —

La tumeur de *l'estomac* nous montre des alvéoles carcinomateuses constituées par de longs tubes qui pénètrent dans la profondeur en se ramifiant et s'anastomosant. Le revêtement épithélial est composé de cellules cylindriques dont la hauteur moyenne varie entre 22 et 32 μ, et dont le gros noyau ovalaire atteint 6 à 7 μ.

Beaucoup d'alvéoles sont dilatées et ont l'aspect de petits kystes, remplis par un mucus finement granuleux et par quelques cellules en voie de dégénérescence.

Le stroma, peu vascularisé, contient des éléments à longs noyaux fusiformes ; il est infiltré de cellules rondes réunies en grands amas à la base de la tumeur. Les couches musculaires de l'estomac sont dissociées, bouleversées par la prolifération néoplasique et par l'infiltration lencocytaire.

Conclusion. — La nature des deux tumeurs est très différente ; l'une est un carcinome à épithélium pavimenteux (œsophage) ; l'autre un carcinome à cellules cylindriques (estomac). —

Par conséquent les deux néoplasmes se sont bien développés indépendamment l'un de l'autre.

B. Cancer double de l'estomac et de l'utérus

Résumé de l'histoire de la maladie. (Service de médecine de M. le prof. Bourget.)

G... Madeleine, 57 ans, a toujours été robuste ; pas de maladies antérieures. En mars 1900, elle ne peut plus bien avaler les aliments solides, et lorsqu'elle entre à l'hôpital, le 15 décembre 1900, elle ne peut plus prendre aucune nourriture. Amaigrissement et affaiblissement prononcés ; pas de douleurs. Le sondage de l'œsophage se fait très difficilement et ne permet pas de formuler de diagnostic précis. — L'affaiblissement s'accentue, la malade meurt le 24 janvier 1901.

Extrait du protocole de *l'autopsie,* faite par le professeur Stilling.

Crâne épaissi, dure-mère adhérente ; sur le côté gauche de la partie antérieure de la faux se trouve une tumeur sessile, couchée sur le sinus, de la grandeur d'une noisette. Une autre petite tumeur, de la taille d'une lentille, dans les parties latérales de la dure-mère à gauche. Ces deux néoplasmes de couleur rose, assez dures, formées par un tissu fasciculé.

Estomac très rétracté ; dans la région du cardia, une grosse tumeur en chou-fleur, molle, tremblotante, envahit les parois de l'œsophage jusqu'à 3 cm. environ au-dessus du cardia, et s'étend dans la direction du pylore jusqu'aux deux tiers de la petite courbure, en proéminant fortement dans la cavité stomacale.

La communication entre l'œsophage et l'estomac n'est établie que par un faible canal, perméable à une fine sonde. — Dimensions de la tumeur : longueur 9 cm., largeur 6 ½ cm., épaisseur maximale 5 cm.

Dans le voisinage du cardia et de la petite courbure,

quelques ganglions lympathiques grossis, durs, blanchâtres.

L'utérus, dont les annexes sont normales, est agrandi et atteint les dimensions d'un utérus gravide à la fin du deuxième mois. A la surface postérieure, dans le péritoine, quelques modules blanchâtres de la taille d'un grain de mil.

A la section il sort un liquide visqueux, rougeâtre, de la cavité utérine. Celle-ci mesure environ 5 cm. de diamètre vertical et transversal ; elle est remplie de nombreux grumeaux blanchâtres, friables, se désagrégeant en fragments de toutes grandeurs, ayant jusqu'à la taille d'une noix.

La muqueuse épaissie atteint 2 mm. d'épaisseur ; elle a un aspect villeux. Au milieu de la paroi postérieure une tumeur arrondie, d'un diamètre de 3 ½ cm., mal délimitée et dont la partie centrale plus grosse proémine dans la cavité ; sa surface est irrégulière, bosselée, sillonnée de fentes assez profondes.

Alors que la paroi antérieure de l'utérus n'a guère que 4 mm. d'épaisseur, la paroi postérieure en a jusqu'à 12 ou 13 mm. Celle-ci s'épaissit assez brusquement ; sur la coupe on distingue nettement le tissu normal, rougeâtre et dense, d'avec le tissu néoformé, blanchâtre, peu ferme, friable, qui a pénétré dans la paroi et constitue les deux tiers de son épaisseur.

Examen microscopique

La tumeur de l'*estomac* est un très beau type de carcinome glandulaire à cellules cylindriques. C'est un fouillis d'alvéoles élégamment découpées, anastomosées de toutes façons et tapissées d'un revêtement très régulier de cellules cylindriques, d'une grandeur de 17 à 30 μ, avec de

grands noyaux allongés de 8 à 10 μ. Les alvéoles sont bien dessinées, plutôt petites, quelques-unes contiennent un petit nombre de cellules en dégénérescence.

Le stroma est peu abondant; infiltration lencocytaire très marquée, surtout près des parois. La musculature de l'estomac est dissociée et assez profondément pénétrée par places par les proliférations du néoplasme, on voit dans ces régions des accumulations de leucocytes. —

Le néoplasme développé dans la paroi postérieure de l'*utérus* est aussi un carcinome :

Quelques alvéoles ont un revêtement complet de cellules cylindriques, ayant de 16 à 22 μ. de hauteur, avec noyaux ovalaires de 9 à 12 μ. se colorant fortement par l'hémalun. Les alvéoles sont en général grandes, très mal délimitées, et remplies de gros amas de cellules en dégénérescence, de leucocytes et de masses colloïdes colorées en rouge par la liqueur de van Gieson.

La plupart de ces alvéoles ont un revêtement très incomplet, et sont remplies de très nombreuses cellules *polyêdriques* ayant jusqu'à 35 p. de diamètre. Celles-ci ont un, parfois deux ou trois gros noyaux arrondis se colorant très faiblement, avec deux ou trois nucléoles très nets dans un réticulum assez grossier ; le protoplasma est abondant, clair, et contient parfois de petits globes rougeâtres amorphes.

Dans l'épaisseur de la paroi musculaire on ne retrouve pas d'alvéoles en forme de glandes avec épithélium cylindrique, mais des îlots isolés ou des groupes de cellules polyédriques qui ont envahi jusqu'à une assez grande profondeur la paroi ou pénétré le long des espaces lymphatiques, ainsi qu'on le voit sur certaines préparations où ces bourgeons épithéliaux sont atteints dans le sens de leur longueur.

Dans les parties non atteintes par le néoplasme, on

trouve une endométrite très accusée, avec forte prolifération des glandes et formation de papilles dans la muqueuse.

Conclusions. — La tumeur de l'estomac est un carcinome cylindrique typique, avec de petites alvéoles bien délimitées.

Le carcinome de l'utérus a une structure beaucoup moins régulière. Bien que les alvéoles aient par places un revêtement de cellules cylindriques, plus petites d'ailleurs que celles du néoplasme de l'estomac, ce carcinome a une physionomie toute différente, parce qu'une grande partie des éléments qui le constituent n'offrent plus l'aspect de cellules cylindriques, mais celui de grandes cellules polymorphes qui pénètrent sans ordre dans les parois de l'utérus,

Il faut noter aussi une dégénérescence colloïde assez prononcée par places.

Cet aspect si différent permet de conclure que nous avons bien affaire avec deux carcinomes primitifs, l'un de l'estomac, l'autre de l'utérus, et non à une métastase d'un cancer de l'estomac dans l'utérus, accident du reste extrêmement rare.

III

Fibrosarcome polypeux et carcinome simultanés de l'œsophage.

Les polypes olsophagiens sont des tumeurs assez rares, ainsi qu'on le voit en parcourant la littérature de ce sujet ; ils peuvent d'ailleurs assez facilement échapper à l'observation, car il peut arriver qu'aucun symptôme ne les signale.

D'après Minski, qui a publié un travail considérable sur ces polypes,[1] on peut les répartir en cinq groupes, selon leur origine, qui peut-être :

1° l'épiglotte ou les aryténoïdes.

2° le cricoïde, à la face antérieure de l'œsophage, peu en-dessous des aryténoïdes.

3° le voisinage de la bifurcation des bronches.

4° la moitié inférieure de l'œsophage.

5° le voisinage du cardia.

Le cas dont M. le professeur Stilling a bien voulu nous confier l'étude doit être classé dans le troisième groupe, qui jusqu'à présent ne comprenait que six observations. Les deux plus récentes, celles de Coats (1872) et de Fagge (1874) donnent seules quelques détails histologiques sur la structure de ces tumeurs, qui paraissent être des myomes à fibres lisses.

Histoire du malade.

A... Ch., 42 ans, manœuvre, entré à l'hôpital dans le service de médecine du prof. Bourget le 19 janvier 1892 et mort le 1er mai de la même année, avait toujours été bien portant et robuste. Il n'avait jamais remarqué aucune gêne de la déglutition.

En décembre 1891 il commence à avoir des vomissements et s'affaiblit. A son entrée à l'hôpital, premier sondage ; la sonde œsophagienne est arrêtée à 38 cm., les olives à 34 cm. de l'arcade dentaire. Durant février, la déglutition devient difficile, les aliments solides sont arrêtés, le malade se met à tousser fréquemment.

Le 9 avril un nouveau sondage fait sentir un rétrécis-

[1] Minski. Zur Entwicklungsgeschichte der Polypen... der Speiseröhre. Deutsche Zeitsch. f. Chir. Vol. 41, p. 513.

sement à 32 cm., et la sonde est arrêtée à 33 cm. de l'arcade dentaire.



Figure 2.

Le malade s'éteint sans souffrances le 1er mai.

Extrait du *protocole de l'autopsie*, faite par le professeur Stilling.

Malade très amaigri ; légères adhérences pleurales ;

bronchite putride bilatérale ; embolies fraîches daus une branche de l'artère pulmonaire droite. Estomac sans anomalies, contenant environ 150 cm. [1] de liquide jaunâtre.

A 15 cm. de l'origine de l'œsophage, une tumeur polypeuse, longue de 5 cm., large de 2,5 cm. et d'une épaisseur de 2 cm. Sa base allongée est formée par un pli longitudinal de la muqueuse œsophagienne, pli d'une longueur de 2 cm. environ et large de 4 mm.

A l'extrémité supérieure de l'insertion du polype, dans la paroi de l'œsophage, on voit un ulcère dont le long diamètre (1 cm.) correspond à la direction longitudinale du conduit œsophagien ; son diamètre tranversal est de 3 à 4 mm.

Dans presque toute l'étendue de l'ulcération, les diverses couches œsophagiennes sont détruites ; la base de l'ulcère est formée par la bronche gauche ; à son extrémité supérieure existe une perforation ovalaire de 4 sur 2 mm. (voir fig. 2, a), reliant l'œsophage à la bronche. Le bord inférieur de l'ulcère, épaissi, se perd dans l'origine de la tumeur polypeuse.

Celle-ci est de couleur blanchâtre ; quelques parties cependant ont une couleur de rouille, spécialement la surface antérieure. Cette couleur provient d'une large ulcération qui n'épargne que le tiers inférieur de la partie antérieure du néoplasme, resté blanc. Cette face antérieure est sillonnée de nombreuses fentes irrégulières peu profondes, qui surtout vers son insertion paraissent diviser la tumeur en une grande quantité de bourgeons blancs ou jaunâtres.

La face postérieure ne montre que quelques fentes très superficielles. Elle n'est ulcérée que près de l'insertion du polype. Cette ulcération rejoint celle qui occupe presque

[1] Ce groupe ne comprend que quelques cas fort anciens et peu nettement décrits.

toute la surface antérieure et la perte de substance de l'œsophage située à la base de la tumeur.

En dessous de ce polype, à 25 mm. de sa base, se trouve une seconde ulcération de l'œsophage, entièrement séparée de la première par la muqueuse normale. Cette ulcération nettement délimitée a une longueur de 5 cm., son extrémité inférieure est à cinq centimètres du cardia. Elle n'occupe pas toute la circonférence de l'œsophage, une bande de la muqueuse est conservée intacte à la paroi antérieure du conduit œsophagien (fig. 2, b).

La partie intacte, mesurant de 5 à 20 mm. est plus large en haut, ses bords sont minés par l'ulcération qu'elle recouvre en partie.

La paroi de l'œsophage est fortement épaissie dans toute l'étendue de cette seconde ulcération, son épaisseur varie de 4 à 10 mm., tandis que le diamètre des parties normales est : au-dessous du larynx 2 mm., près du cardia 3 mm.

La destruction de la paroi, qui est transformée en un tissu dur, blanchâtre, est très avancée, on ne reconnaît plus traces des couches normales de l'œsophage. Ce n'est que dans la partie supérieure de l'ulcération qu'on remarque sur la coupe des restes de la musculature entre les masses qui forment la base de l'ulcère, et à toute sa périphérie on voit que des trainées blanches pénètrent dans les muscles en partant de la sous-muqucuse et de la muqueuse épaissies.

Cet épaississement de la muqueuse œsophagienne se poursuit plus loin que l'ulcération, mais même sur la coupe la paroi œsophagienne ne laisse reconnaître aucune anomalie sur une longueur de 2 cm. au moins entre les deux ulcérations décrites.

A l'extérieur de l'œsophage, correspondant aux parties inférieures du second ulcère, on voit plusieurs tumeurs

bosselées et dures. La lumière du canal, fortement rétréci en cet endroit, laisse juste passer une sonde de quelques millimètres de diamètre.

Ce rétrécissement considérable a une longueur de 1 cm. environ et correspond aux tumeurs développées dans la paroi.

Le canal s'élargit en haut, son diamètre, de 38 mm. en dessous de l'insertion de la tumeur polypeuse, est augmenté au-dessus de celle-ci sur une longueur de 6 à 7 cm. et atteint 5 cm. Le diamètre en dessous du cartilage cricoïde est de 3 cm.

La muqueuse de la partie dilatée n'offre pas d'altération.

L'ouverture dans la bronche gauche est à peu près sphérique, d'un diamètre de 2 mm. environ. Les bords de l'ouverture un peu irréguliers sont formés par un tissu brunâtre. Les ganglions bronchiques, assez grands, contiennent un tissu noirâtre, dur, et quelques parties blanches.

Examen microscopique.

L'ulcération inférieure de l'œsophage est formée par un tissu montrant d'une façon évidente la structure du carcinome. De larges travées irrégulières, anastomosées les unes aux autres, formées de nombreuses cellules du type de l'épithélium pavimenteux, ayant en moyenne de 10 à 12 μ, avec relativement peu de protoplasma et un gros noyau fortement coloré. A plusieurs points on voit des groupes de cellules ayant subi l'évolution cornée.

Le stroma est très irrégulièrement distribué ; peu abondant par places, il forme ailleurs de larges faisceaux avec d'assez nombreuses cellules conjonctives à noyaux fusiformes. Dans quelques endroits il y a des accumulations

de lencocytes, surtout aux points où le néoplasme s'insinue dans le tissu musculaire, désagrégeant les faisceaux qui tiennent lieu de stroma.

L'infiltration cancéreuse s'étend jusqu'à peu de distance du pédicule du polype, près de la petite nlcération qui se trouve en ce point. La perforation qui fait communiquer l'œsophage avec la bronche provient d'un abcès qui avait miné dans une assez grande étendue les couches profondes de l'œsophage.

Les parois de l'ulcération sont formées par les faisceaux musculaires et le tissu conjonctif, infiltré d'une masse énorme de leucocytes polynucléaires, et dont les couches profondes sont en pleine dégénérescence.

Cette infiltration se retrouve sous les muqueuses bronchique et œsophagienne ; en certains points l'épithélium disparu est remplacé par une nappe de leucocytes.

Examen du polype

Sur les coupes colorées à l'Hemalun et au liquide de van Gieson, on distingue déjà à l'œil nu deux zones :

1° Un noyau intérieur rouge, plus dense au milieu et vers l'insertion du pédicule de la tumeur, plus clair et plus lâche à la périphérie. Il contient dans ses couches externes des îlots de substance gris-bleuâtre. Rares vaisseaux, les uns coupés perpendiculairement, d'autres longitudinalement.

2° A l'extérieur, une couche superficielle d'un millimètre d'épaisseur environ, coloré en gris-bleuâtre.

Un grossissement moyen montre que cette différence tient à ce que la zone extérieure est très riche en cellules, tandis que le noyau intérieur est composé en grande partie d'un tissu dense. Dans ce dernier se trouvent cependant un peu partout des parties où les éléments cellulai-

res abondent, ou même des îlots composés uniquement de ceux-ci.

1. *Zone intérieure.*

Des faisceaux de tissus conjonctif serré, la plupart dirigés, dans le sens longitudinal de la tumeur, d'autres en sens transversal forment un réseau à mailles irrégulières, très étroites vers l'insertion et au milieu de la tumeur. Dans ces faisceaux connectifs se trouvent des noyaux ressemblant à des bâtonnets.



Figure 3.

Dans les fentes de ce tissu, on observe des noyaux plus grands, ovales pour la plupart, souvent recourbés et pelotonnés (v. fig. 3), fortement colorés, avec plusieurs gros nucléoles. Les cellules sont grandes, allongées ou cylindriques, avec un corps protoplasmique souvent considérable, granuleux, coloré en jaune ou en rouge. Dans les fentes plus larges elles sont en plus grand nombre, étroitement serrées les unes contre les autres, formant de véritables faisceaux de cellules fusiformes.

En maints endroits, dans ce tissu conjonctif se trouvent des îlots considérables qui, comme tout le tiers de la tumeur, sont composés presque uniquement de ces faisceaux cellulaires s'entrecroisant en tous sens.

2. *Zone extérieure.*

L'épithélium manque partout, la surface un peu irrégulière paraît comme frangée. A certaines places, les éléments ne se colorent pas (évidemment parce qu'ils sont nécrosés). La plupart des éléments cellulaires sont allon-

gés, même fusiformes, avec un ou deux noyaux ovalaires. A côté d'eux, il y a des éléments autrement formés, en relativement grand nombre, qu'on peut grouper en :

a) Cellules polyédriques.

b) Grandes cellules fusiformes avec nombreux noyaux.

c) Cellules granuleuses d'Ehrlich (Mastzellen).

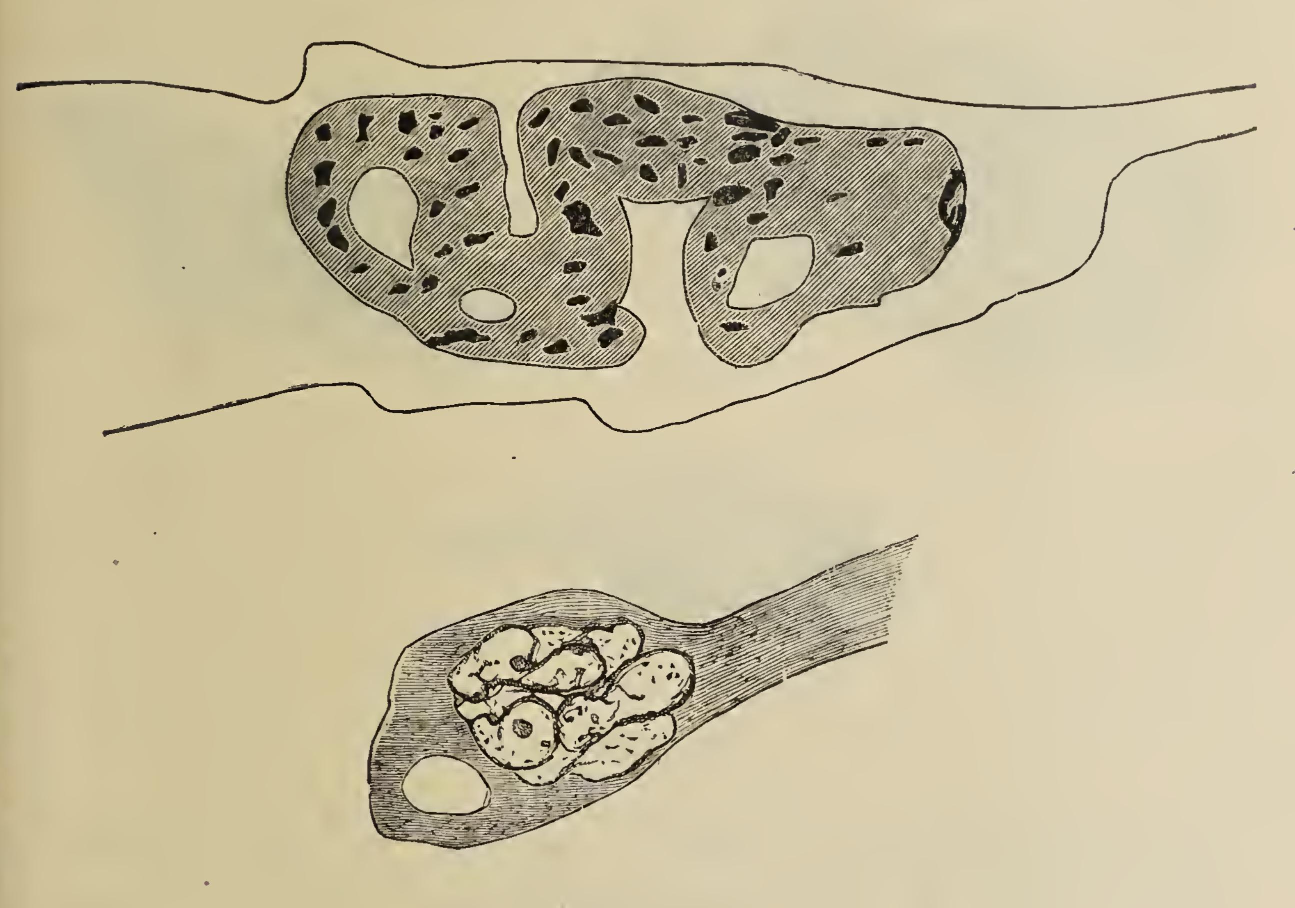


Figure 4.

d) Par ci par là des rassemblements des lencocytes polynucléaires.

a) Les cellules polyédriques, dont la taille moyenne varie entre 6 et 7 μ, ont de gros noyaux fortement colorés et peu de protoplasma proportionnellement. Dans un certain nombre, on voit des figures kariokinétiques gonflées et abîmées.

b) Les cellules fusiformes, longues, ont un protoplasma finement strié ; dans les noyaux, un réseau à mailles grossières avec nucléoles fortement colorés par

l'hémalun. Certains noyaux présentent des séries de renflements, ou sont curieusement contournés ; ils ont souvent des dimensions considérables (v. fig. 4).

c) Les cellules géantes (v. fig. 5) sont nombreuses, de taille variée, atteignant jusqu'à 110 et 120 μ de diamètre. Au centre sont réunis de 4 à 10 ou 15 gros noyaux, à



Figure 5.

contours irréguliers, fortement colorés, avec des nucléoles très nets. Le protoplasma abondant, finement granuleux, contient parfois des lencocytes en voie de destruction et de nombreux globes hyalins, homogènes, colorés en rouge-vif par le van Gieson.

CONCLUSIONS

1. Le rétrécissement inférieur de l'œsophage est dû au développement d'un carcinome à épithélium pavimenteux.

2. La structure de la tumeur polypeuse se rapproche de celle d'un fibrosarcome, avec cellules géantes.

Aucun cas pareil n'a encore été décrit, la plupart des auteurs ont trouvé des myomes ou fibromyomes[1]. Weigert, dans son observation,[2] décrit un cas de polype œsophagien ressemblent à ceux du rectum; de nombreuses cavités communiquantes et tapissées d'un épithélium à gros noyau.

3. Durant la vie, aucun symptôme n'a permis de soupçonner l'existence d'une tumeur pédiculée dans l'œsophage. Cette particularité se retrouve d'ailleurs dans plusieurs autres observations semblables.

4. C'est la première fois, semble-t-il, qu'on observe la coïncidence d'une tumeur maligne et d'un polype œsophagien dans son voisinage.

---

[1] Zenker und Ziemssen-Handb. der spec. Path. und Ther. Minski, loc. cit.

[2] Weigert. Ein Fall von Adenom. polyp. œsoph. in Virchow's Archiv. vol. 67 (1876).